

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON
Année scolaire 1908-1909. — N° 86

DE L'OPÉRATION COMBINÉE
ABDOMINO-VAGINALE
DANS LE TRAITEMENT
DES FISTULES VÉSICO-VAGINALES

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 16 Février 1909

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Etienne MICOLIER

Né le 13 Janvier 1877, à Saint-Paul-en-Jarez (Loire).



LYON

A. REY, IMPRIMEUR-ÉDITEUR DE L'UNIVERSITÉ

4, RUE GENTIL, 4

Février 1909



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41552622_0016

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1908-1909. — N° 86

DE L'OPÉRATION COMBINÉE
ABDOMINO - VAGINALE

DANS LE TRAITEMENT
DES FISTULES VÉSICO-VAGINALES

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 16 Février 1909

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Etienne MICOLIER

Né le 13 Janvier 1877, à Saint-Paul-en-Jarez (Loire).



LYON

A. REY, IMPRIMEUR-ÉDITEUR DE L'UNIVERSITÉ

4, RUE GENTIL, 4

—
Février 1909

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. HUGOUNENQ DOYEN.
J. COURMONT ASSESSEUR.

DOYEN HONORAIRE : M. LORTET

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. CHAUVÉAU, AUGAGNEUR, MONOYER, BONDET, MAYET, SOULIER, TRIPIER

PROFESSEURS

Cliniques médicales	}	MM. LÉPINE
Cliniques chirurgicales		TEISSIER
Clinique obstétricale et Accouchements	}	BARD
Clinique ophtalmologique		PONCET
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques		JABOULAY
Clinique des maladies mentales		FABRE
Clinique des maladies des enfants		ROLLET
Clinique des maladies des femmes		NICOLAS
Physique médicale		PIERRET
Chimie médicale et pharmaceutique		WEILL
Chimie organique et Toxicologie		POLLOSSON (A.)
Matière médicale et Botanique		CLUZET
Parasitologie et Histoire naturelle médicale		HUGOUNENQ
Anatomie		CAZENEUVE
Anatomie générale et Histologie		BEAUVISAGE
Physiologie		GUIART
Pathologie interne		TESTUT
Pathologie et Thérapeutique générales		RENAUT
Anatomie pathologique		MORAT
Médecine opératoire		ROQUE
Médecine expérimentale et comparée		COLLET
Médecine légale		PAVIOT
Hygiène		POLLOSSON (M.)
Thérapeutique		ARLOING
Pharmacologie		LACASSAGNE
		COURMONT (J.)
		PIC
		FLORENCE

PROFESSEURS ADJOINTS

Physiologie, cours complémentaire	MM. DOYON
Maladies des oreilles, du nez et du larynx	LANNOIS,
Pathologie externe	VALLAS,
Maladies des voies urinaires	ROCHET.

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Propédeutique chirurgicale	MM. BÉRARD, agrégé
Propédeutique de gynécologie	CONDAMIN, —
Chirurgie infantile	NOVE-JOSSERAND, ag.
Hygiène administrative	LESIEUR, —
Accouchements	COMMANDEUR —
Matière médicale	MOREAU —
Embryologie	REGAUD, —
Anatomie topographique	PATEL —

AGRÉGÉS

MM.	MM.	MM.	MM.
BARRAL	REGAUD	J. LEPINE	NOGIER
SAMBUC	COMMANDEUR	LESIEUR	MOUNEYRAT
COURMONT (P.)	GAYET	Etienne MARTIN	LATARGET, ch...
CHATIN	MOREL	CAVAILLON	BÉRIEL, ch...
VILLARD	NEVEU-LEMAIRE	LAROYENNE	
TIXIER	PATEL	VORON	

M. BAYLE, Secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. POLOSSON (A), *Président*; VILLARD, *Assesseur*;

MM. PATEL et VORON, *Agrégés*.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A MA FAMILLE

A MES AMIS

A notre Président de Thèse

MONSIEUR LE PROFESSEUR AUG. POLLOSSON

A MES MAITRES

DE L'OPÉRATION COMBINÉE

ABDOMINO-VAGINALE

DANS LE TRAITEMENT

DES FISTULES VÉSICO-VAGINALES

INTRODUCTION

Le traitement des fistules vésico-vaginales est toujours à l'ordre du jour.

Le nombre élevé des procédés opératoires qui y ont trait nous indique clairement l'insuffisance de l'un quelconque d'entre eux pour tous les cas.

Il s'agit d'opérations qui, si elles sont faciles, le sont tout à fait, quel que soit d'ailleurs le procédé employé. Mais, dès qu'elles deviennent difficiles, ces interventions nous réservent des échecs réitérés, et cela avec n'importe quelle méthode.

Les observations de malades opérées ainsi plusieurs fois ne sont pas rares, et toujours avec un égal insuccès.

Les causes d'échec tiennent :

1° Aux difficultés que l'on rencontre à obtenir un bon avivement;

2° A l'infection de la ligne de suture, qu'elle soit due

à une vessie infectée et à une urine fermentée ou à un vagin plus ou moins contaminé ;

3° Au matériel de suture : tantôt il s'agira d'une trop grande résorbabilité du catgut ; d'autres fois l'ablation des fils sera tellement difficile qu'elle s'accompagnera de déchirure itérative au niveau de l'espace suturé.

De ces trois facteurs, les deux derniers s'appliquent à tous les procédés, nous les laisserons de côté.

Mais l'échec dépend fréquemment d'un avivement insuffisant. Et c'est pour y remédier qu'ont été imaginées les différentes opérations : les unes par la voie basse, les autres par la voie haute.

Dans ce travail, nous envisagerons la question de l'opération transpéritonéale.

Celle-ci peut être conçue et appliquée soit comme une opération complète, c'est-à-dire exécutée en totalité par la voie intrapéritonéale, soit combinée, comme premier temps d'une opération permettant la mobilisation de la fistule par voie abdominale pendant que le second temps en réalise la suture par voie vaginale.

Dans ces deux modes d'application, cette opération est à comparer, tant au point de vue de ses indications qu'au point de vue de ses résultats avec les autres interventions. C'est à cet effet que nous croyons devoir :

1° Passer en revue les différents procédés actuellement appliqués à la thérapeutique des fistules vésicovaginales ;

2° Etudier les diverses formes cliniques et anatomo-pathologiques des fistules pour apprécier leur degré d'opérabilité par telle ou telle méthode. Nous insisterons dans ce chapitre sur la nécessité de mobiliser la

fistule et sur les opérations combinées qui découlent de cette notion ;

3° Présenter notre opération combinée abdomino-vaginale pour la comparer ensuite tant avec l'opération transpéritonéale pure qu'avec les autres opérations combinées ;

4° Formuler enfin les conclusions de notre travail.

CHAPITRE PREMIER

LES DIFFÉRENTES OPÉRATIONS APPLIQUÉES AU TRAITEMENT DES FISTULES VÉSICO-VAGINALES

Nous ne décrirons pas tous les procédés employés dans la cure des fistules vésico-vaginales ; nous voulons seulement mentionner les principales opérations qui ont été exécutées pour les comparer à l'opération que nous rapportons et en tirer d'utiles indications.

Tout d'abord, nous divisons ces opérations en deux grandes classes, selon qu'elles s'effectuent par la voie vaginale (voie basse) ou par la voie abdominale (voie haute).

A. — Procédés par voie basse.

Dans cette catégorie prennent place :

- 1^o La méthode de l'avivement ou procédé américain (Sims, Bozeman) ;
- 2^o La méthode du dédoublement ou procédé français.

Ces deux méthodes sont de beaucoup les plus employées.

Au fond, elles ne sont pas aussi différentes que leurs

dénominations pourraient le laisser supposer car, à notre avis, le dédoublement n'est qu'une forme d'avivement. Un avivement large permettant de faire au moins deux rangées de sutures, voilà la condition du succès.

3° Le procédé de Braquehay est à rapprocher des précédents. Il consiste à obtenir, par incision, tout autour de la fistule, une collerette vaginale que l'on replie et suture, au lieu de la face vaginale du lambeau devenant ainsi vésicale. Les variantes de ce procédé sont, d'ailleurs, fort nombreuses;

4° Citons maintenant les colpo-cléisis, lesquels peuvent être plus ou moins élevés ou plus ou moins bas, c'est-à-dire laissant un espace vaginal plus ou moins considérable en communication avec la cavité vésicale.

Lorsque cette oblitération vaginale se fait au niveau de la vulve, elle porte le nom d'épisiorrhaphie;

5° Enfin, par la voie basse, on peut exécuter :

a) Des *hystéro-cléisis*, c'est-à-dire des abouchements du museau de tanche dans la perte de substance vésicale utilisant le col utérin comme tampon;

b) L'abaissement du col utérin après dédoublement de la cloison utéro-vésicale et la fermeture de la fistule par la face antérieure de l'isthme utérin ainsi avivée;

c) L'opération de Freund, qui consiste à basculer l'utérus par colpotomie postérieure et à fixer, après avivement des deux surfaces, le corps utérin contre la paroi vaginale, autrement dit contre la fistule.

Les fistules *vésico-utérines* ont été traitées le plus

souvent par voie basse. Elles sont justiciables du procédé de dédoublement de la cloison vésico-utérine.

Pour elles, on a aussi, dans certains cas, utilisé les procédés de discission uni-ou bilatérale du col (Sænger, Aug. Pollosson dans la thèse de Camille Rolland. Lyon, 1904-1905).

B. — Procédés par voie haute.

Ces procédés comprennent trois opérations différentes :

1° L'opération transvésicale, dite de Trendelenburg, exécutée dans un certain nombre de cas, tant chez nous qu'à l'étranger.

En France, nous devons signaler le travail de Pousson, de Duplay (1896), de Delbet, de Rafin (th. de Thiers, 1902), de Rochet et Villard (th. de Surin, 1908-1909). Surin rapporte dans sa thèse 18 observations, dont 13 succès, 2 succès incomplets et 3 insuccès ;

2° L'opération sous-péritonéale de Bardenheuer, pratiquée une seule fois par son auteur et qui n'a pas été suivie ;

3° L'opération transpéritonéale de Dittel, mise en pratique par son auteur à Vienne en 1893, puis par M. le professeur Forgue, de Montpellier en 1904. Ce dernier auteur, dans son article de la *Revue de Pozzi* de 1906, déclare qu'à la date de son intervention il ignorait la tentative de Dittel.

Telles sont les interventions classiques utilisées dans

la thérapeutique des fistules vésico-vaginales. Nous verrons dans le chapitre suivant qu'il faut ajouter à ces procédés opératoires une série de méthodes nouvelles basées sur la nécessité de mobiliser la vessie pour exécuter une suture efficace de la fistule.

CHAPITRE II

DES DIVERSES FORMES CLINIQUES ET ANATOMO-PATHOLOGIQUES DES FISTULES VÉSICO-VAGINALES, ET DES INDICATIONS OPÉRATOIRES QUI EN DÉCOULENT

Après cette énumération rapide des modes opératoires des fistules vésico-vaginales, nous en étudierons les différentes formes cliniques et anatomo-pathologiques et nous tâcherons de voir quel mode d'intervention paraît le mieux approprié à tel ou tel genre de fistules.

Un point de première importance, c'est la présence ou l'absence de l'utérus. Dans le premier cas, nous avons affaire à une fistule d'ordre obstétrical ; dans le second cas, il s'agit d'une fistule d'ordre chirurgical.

Lorsque l'utérus est absent, les conditions opératoires sont bien particulières et l'intervention qui, dans les fistules avec présence de l'utérus, n'est considérée que comme un pis-aller, devient une des opérations les plus recommandables, nous voulons parler du colpo-cléisis.

En présence de l'utérus, en effet, le colpo-cléisis expose à de nombreux inconvénients : complications urinaires (cystite incrustante, calculs phosphatiques,

pyélonéphrite), complications utérines et annexielles (métrite, salpingite, etc.). On a été obligé parfois de rompre le cloisonnement.

Cette opération, comme le fait remarquer Trendelenburg, ne fait que substituer à une infirmité une autre infirmité, témoignage de misère de la chirurgie plastique.

Au contraire, l'utérus est-il absent : les sécrétions utérines et le sang menstruel ne viendront pas former des centres de calculose ou des noyaux d'irritation et le colpo-cléisis nous donnera d'excellents résultats. M. le professeur Auguste Pollosson qui a eu recours à ce procédé pour des fistules consécutives et des opérations de cancer utérin, n'a jamais eu à déplorer les inconvénients sus-mentionnés.

Ajoutons que, l'utérus ayant été enlevé, la voie haute peut aussi avoir ses indications, mais toutes en faveur de l'opération transvésicale : par laparotomie ou manque de repères et l'opération de Dittel serait très difficile. De plus, l'absence de l'utérus facilite l'exploration de la vessie après la taille, de par ce fait que le bas-fond vésical n'est plus tout autant repoussé sous la symphyse.

A un autre point de vue, on distingue des fistules larges et des fistules étroites. Pour préciser davantage, on dit que les unes admettent l'introduction d'un stylet; les autres, l'introduction d'un crayon, que d'autres enfin laissent passer le doigt ou plus.

Nous n'insisterons pas sur la distinction des fistules uniques d'avec les fistules multiples.

Plus important est le siège de la fistule sur la paroi

vaginale : elle peut se rencontrer tout de suite à l'origine de l'urètre ou bien au tiers moyen du vagin ou encore intéresser à la fois le cul-de-sac vaginal antérieur et la lèvre antérieure du col plus ou moins éclatée et se confondant avec le tissu cicatriciel avoisinant.

Il faut se rendre compte aussi de l'état de fixité ou de la possibilité d'abaissement plus ou moins grande de la fistule, considération différente de celle de la hauteur de la fistule. Car si, basse, une fistule a plus de chance d'être visible, haut située elle pourra être tantôt fixée ou tantôt abaissable.

Il y a là un point capital à établir avant d'entreprendre toute espèce d'intervention car, pour bien opérer, il faut bien voir et une bonne visibilité n'est obtenue que grâce à un abaissement convenable.

On peut avoir affaire à des fistules petites dont la sclérose environnante ne dépasse guère les bords fistuleux. Dans d'autres cas la fistule est avec des tissus inodulaires sur le plancher vésical, mais l'utérus reste avec sa mobilité normale, parfaitement abaissable, entraînant dans sa descente toute la paroi antérieure du vagin.

Ailleurs c'est l'utérus lui-même qui est fixé, adhérent de toutes parts, par des brides cicatricielles atteignant la paroi osseuse à travers les ligaments larges. Parfois aussi, c'est des bords mêmes de la fistule que partent des brides cicatricielles cloisonnant le vagin, barrant la vue sur l'orifice fistuleux ou se dirigeant vers la face postérieure de la symphyse ou vers les parois pelviennes.

On conçoit aisément combien ces faits de fixation de l'utérus et de la vessie constituent des circonstances aggravantes au point de vue du traitement. Nous verrons dans un moment ce qu'il faut faire en pareil cas pour, malgré tout, obtenir une bonne vue sur la fistule.

Un autre côté intéressant de l'anatomie pathologique des fistules vésico-vaginales, c'est l'état de la vessie.

Celle-ci peut présenter des lésions de cystite à ses différents stades, de l'inflammation avec tuméfaction et friabilité de la muqueuse ou bien de la sclérose ayant amené progressivement une rétraction considérable. Il y a là encore des circonstances qui assombrissent le pronostic des résultats opératoires et qui doivent entrer en ligne de compte lorsqu'on discute l'indication de telle ou telle intervention.

On voit, avec des fistules petites ou moyennes, des vessies ayant conservé toute leur souplesse et une capacité au remplissage qui n'est pas loin de la normale ; ce sont ces cas qui permettent de pratiquer une cystoscopie à prisme malgré l'existence de la fistule.

Indépendamment de cette dernière condition extrêmement favorable, il peut exister une souplesse des parois vésicales telle que l'opération de Trendelenburg trouve de gros avantages.

A-t-on affaire, au contraire, à des vessies petites, sclérosées : il est bien certain que la visibilité et les manœuvres opératoires seront gênées dans une intervention par la voie transvésicale.

D'après ces conditions anatomo-pathologiques,

voyons maintenant quels sont les cas justiciables des diverses opérations.

Il est bien possible que des procédés aussi nombreux, ayant donné les uns et les autres des succès et des insuccès, tiennent un peu à l'éducation et à la tendance chirurgicales différentes de leurs auteurs. Néanmoins n'y aurait-il pas moyen, en étudiant et rapprochant les formes cliniques, de formuler les indications respectives de la voie vaginale et de la voie abdominale; cela serait à rapprocher de la discussion, toujours pendante, relative au choix de la voie haute ou de la voie basse dans les opérations pour fibromes.

Au sujet des fistules vésico-vaginales, nous estimons que, étant donné les conditions d'abaissement moyennes dans lesquelles elles se présentent, la voie de choix est la voie vaginale.

Celle-ci, avec ses procédés d'avivement et de dédoublement est appelée à donner des résultats favorables dans la majorité des cas lorsqu'elle est appliquée dans de bonnes conditions de visibilité.

Nous reprendrons ici, pour les développer, les réflexions sur la visibilité de la fistule que nous avons ébauchées dans les pages précédentes, en parlant du degré d'abaissement.

Les conditions opératoires requises pour bien voir sont :

1° Une question d'instrumentation permettant, grâce à un éclairage parfait et à un bon écartement des parois postérieures et latérales de la vulve et du vagin, par de larges valves, de placer la lésion en bonne place pour les yeux de l'opérateur ;

2° La position favorable de l'opérée. On a abandonné actuellement la position génu-pectorale qui rendait difficile, sinon impossible l'anesthésie générale.

Délaissée aussi est la position de Sims ; les chirurgiens lui préfèrent la position dite de la taille périnéale ou dorso-sacrée, à laquelle on peut ajouter une légère inclinaison du lit en position de Trendelenburg, de manière à éclairer la face antérieure du vagin ;

3° Enfin, condition la plus importante pour obtenir une bonne visibilité du champ opératoire, c'est l'abaissement de la fistule.

L'abaissement peut être réalisé avec des pinces tire-balle saisissant la paroi vaginale à la limite supérieure et inférieure de la fistule, ou bien par traction sur le col utérin saisi avec une pince de Museux : la paroi vaginale antérieure sur laquelle est la fistule, est entraînée dans ce mouvement de descente utérine.

Il sera bon, dans certains cas, de sectionner des brides vaginales qui gênent la vue sur la fistule.

Non moins recommandable est l'emploi, comme opération préliminaire, des débridement vulvaires uni- ou bi-latéraux utilisé par notre maître, M. le professeur Auguste Pollosson, un certain nombre de fois. Cette section large de la vulve et du vagin suivant la technique de Chaput, Duhrssen, Schuchardt, fait gagner plusieurs centimètres et rapproche d'autant une fistule qui se trouvait précédemment à bout de doigt.

Mais il ne faut pas cependant vouloir trop étendre le champ des opérations par voie vaginale : c'est s'exposer à des insuccès que d'entreprendre ainsi la cure des fistules difficilement vues.

Le succès d'une opération tient à un large avivement et celui-ci ne peut être obtenu qu'à la faveur d'une bonne visibilité.

En résumé, nous dirons que les *fistules basses* et les *fistules hautes mais abaissables* sont justiciables de la voie vaginale.

Dans les fistules hautes, vésico-utéro-vaginales, l'utérus est généralement fixé par des processus scléreux intéressant les ligaments larges : la voie basse est alors impraticable et doit céder le pas à la voie haute.

De l'opération sous-péritonéale de Bardenheuer nous ne dirons que peu de choses : grâce à elle on évite de pénétrer dans le péritoine. Mais si l'on se met ainsi à l'abri du danger de l'inoculation du péritoine, on s'expose par contre à la cellulite pelvienne grâce aux stagnations hématiques ou urineuses qui se produisent facilement dans la zone de décollement. De plus, l'opérateur après de nombreuses difficultés dans le décollement sous-séreux se trouve bridé latéralement par le péritoine non décollé et ne rencontre pas ainsi des conditions favorables de visibilité. L'auteur n'a d'ailleurs pas été suivi. Seules l'opération transvésicale et l'opération transpéritonéale méritent d'être comparées parmi les opérations par voie haute.

L'opération de Trendelenburg permet d'éviter les uretères et de drainer la vessie infectée. Elle trouve ses indications et des conditions tout à fait favorables dans les *fistules hautes* (vésico-utérines ou vésico-utéro-vaginales) et dans les *fistules peu abaissables* par fixité de l'utérus.

Ainsi que nous l'avons déjà dit cette opération est tout indiquée dans les cas de fistules petites ou moyennes s'accompagnant de la persistance d'une bonne capacité vésicale et d'un bon état de souplesse des tissus vésicaux.

Cette opération est examinée par l'orgue au triple point de vue de la simplicité, de la bénignité et de l'efficacité, trois termes par lesquels dit-il, se conditionne une opération de choix. Il n'est pas toujours aisé de suturer la fistule par la vessie malgré l'usage d'aiguilles fortement courbées, et nombreux sont les cas où, réalisant une manœuvre combinée, il faut suturer par voie vaginale, ce que l'état cicatriciel du vagin ne permet pas toujours, et en n'employant que des catguts dont la résorption prématurée compromet l'efficacité de l'intervention. Voilà pour la simplicité. L'argument de bénignité est peu contesté. Enfin au point de vue des résultats, réserves faites de la possibilité en cas d'échec, d'une double fistulisation, on peut dire que cette opération est souvent efficace ainsi qu'en témoigne la thèse de Surin réunissant un certain nombre d'opérations.

L'opération transpéritonéale est appliquée quotidiennement dans les blessures de la vessie au cours des hystérectomies pour fibromes ou cancers. C'est surtout les opérations élargies que l'on pratique actuellement pour cancer de l'utérus qui occasionnent les blessures de la zone vésico-vaginale. Ces brèches vésicales sont immédiatement obturées par voie abdominale. Il faut remarquer, que l'on se trouve dans des

conditions particulièrement favorables au point de vue de la mobilisation de la vessie : on n'est pas gêné alors par la sclérose des tissus ambiants ou péri-fistulaires. Toutefois, la bonne visibilité qui existe au cours de laparotomies quand on a oblitéré la blessure vésicale, nous fait penser que dans les fistules hautes justiciables de la voie transvésicale, la voie transpéritonéale ne donnerait pas moins de jour.

Cette opération transpéritonéale, exécutée par Dittel, puis par l'orgue, n'a pas été suffisamment utilisée pour que l'on puisse porter sur elle un jugement à peu près définitif. Sans doute, les deux opérateurs sus-nommés n'ont pas eu à se louer des résultats obtenus, qui n'ont été que des résultats partiels, ou, si l'on préfère, des échecs partiels. Mais, comme le fait remarquer Forgeue, ces insuccès se trouvent au début de la plupart des innovations chirurgicales et les deux premiers cas de Trendelenburg furent deux échecs.

Dittel incrimine comme cause de désunion de la suture un tamponnement vaginal trop serré.

Forgeue pense que dans son cas l'échec est dû à la suppression trop précoce de la sonde à demeure et à la trop rapide résorption du catgut.

Peut-être, dans la suite, une technique bien étudiée amènera-t-elle de meilleurs résultats.

Disons toutefois, dès à présent, que dans cette opération transpéritonéale pure la suture n'est pas toujours aussi aisée que le laisseraient supposer les écrits des auteurs qui l'ont utilisée.

Nous reproduirons donc, sous forme de conclusion de ce chapitre, la proposition qui résumait les indica-

tions de la voie vaginale et, lui opposant les indications de la voie haute, nous dirons : *Si les fistules basses ou tout au moins parfaitement abaissables sont, sans contredit, justiciables de la voie vaginale, les fistules haut situées et, en particulier, les fistules vésico-utérines doivent être abordées plutôt par voie haute.* De plus, il apparaît que si les indications respectives de l'opération transvésicale et de la voie transpéritonéale sont difficiles à établir, celle-là est préférée de beaucoup par la majorité des chirurgiens.

Toutes ces indications sont un peu théoriques et très élastiques. En serrant de plus près la question on reconnaît que, dans les fistules à opération facile, toutes les méthodes sont bonnes entre les mains d'un opérateur rompu à sa technique favorite : on a eu des succès par la voie haute, on en a eu par la voie basse, et l'une et l'autre aussi ont des succès à leur actif.

En parcourant les diverses observations, on voit également que les insuccès ont trait, presque toujours, à des opérations *difficiles*. C'est pour ces dernières qu'il est intéressant de chercher quelque chose de nouveau et de mieux, et c'est pour elles que nous proposons des opérations de *mobilisation préalable de la vessie et de la fistule, des opérations combinées*.

Elle n'est pas récente cette idée de la mobilisation vésicale dans le traitement des fistules vésico-vaginales. Jobert avait insisté sur l'ouverture du vagin au niveau du cul-de-sac vaginal antérieur et sur la dissection du tissu cellulaire utéro-vésical, favorisant ainsi l'autoplastie vésicale par glissement ou par locomotion. Toutefois, la libération vésico-utérine ne saurait être

très étendue par cette voie, étant donné que l'on travaille dans l'espace inter-urétéral, zone dangereuse et praticable seulement pour des adhérences peu importantes.

Cette notion de la mobilisation vésicale préalable reparait dans des travaux plus récents où elle est reprise plus méthodiquement.

C'est d'abord Schauta (*Monatsschr. für Gebb. u. Gyn.* t. VIII) qui préconise une opération préliminaire, destinée à mobiliser la vessie, résultat qu'il a obtenu en intervenant par la voie *paravaginale*. Cela consiste à pratiquer une incision périnéale verticale en dehors de la grande lèvre gauche, pour aller ensuite dans la profondeur jusqu'aux branches montantes de l'ischion et disséquer et libérer par là toutes les adhérences que l'on sent à la face interne de cette branche montante, en ayant recours, pour cette libération, tantôt au doigt seul et tantôt à la rugine. Un doigt introduit dans le vagin sert de contrôle à cette libération. Après tamponnement de la plaie opératoire à la gaze iodoformée, on reprend l'avivement et la suture de la fistule par la voie vaginale.

Cette opération a donné à Schauta deux guérisons pour deux interventions.

Pareille technique a été suivie par Samter (*Sammlung Klin. Vortr.* n° 175) ; dans son cas cet auteur fut même obligé de réséquer la portion osseuse correspondant à la partie inférieure du trou obturateur.

A côté de cette mobilisation par voie paravaginale se place l'opération de Bumm rapportée dans la thèse d'un de ses élèves, Ringleb (Halle 1902) : c'est la

mobilisation par *voie sous-symphysaire*. L'incision va du bord inférieur de la symphyse jusqu'à la naissance du clitoris ; la vessie est par là libérée des bords inférieurs de la symphyse. Les doigts introduits dans l'espace ainsi créé repoussent très facilement en bas la paroi antérieure du vagin. Dès lors les bords fistuleux sont incisés, avivés et suturés ; l'incision infra-symphysaire est tamponnée avec de la gaze après avoir été suturée aux deux tiers.

Cette opération n'a été exécutée qu'une seule fois et a donné un excellent résultat.

Au lieu de mobiliser la vessie par voie périnéale, d'autres auteurs ont eu recours à la voie haute.

Fritsch (*Centralblatt für Gyn.*, 1893 n° 45), a été conduit dans un cas à la mobilisation par voie supra-symphysaire. Son observation est assez intéressante pour être rapportée.

Il voulait opérer une fistule par voie transvésicale mais, la vessie ouverte, l'opération fut reconnue impossible, car la vessie n'ayant pu être attirée en haut, la fistule ne put être rendue visible, Fritsch eut alors l'idée de libérer suffisamment la vessie par laparotomie pour, ensuite, la refouler tout entière vers le bas : il espérait ainsi pouvoir, dans un deuxième temps, fermer la fistule par voie basse. Pour cela il circonscrit la vessie par deux incisions semi-circulaires : l'une en avant et l'autre en arrière. Il libère dans la portion antérieure, la vessie de ses adhérences osseuses avec la symphyse et les branches horizontales et descendantes du pubis ; à cet effet il incise, coupe et, repousse tout ce qui fixe la vessie. Mais il se produit

une déchirure vésicale et un morceau de la paroi du réservoir urinaire reste adhérent à l'os. Résultat : deux fistules au lieu d'une. Cependant, comme le morceau adhérent était contigu à la fistule elle-même ; il n'en résulte en réalité qu'un agrandissement de la fistule primitive. L'incision de la taille vésicale ayant été suturée, on laissa un gros tamponnement de gaze iodoformée qui repoussait la vessie vers le bas. Quelques jours après, ce tamponnement étant encore en place, on fit la suture de la fistule par voie basse, ce qui fut très facile et donna un résultat excellent.

Ces trois opérations, de Schauta, de Bumm, de Fritsch, sont des opérations combinées de mobilisation vésicale préalable avec suture par voie vaginale.

L'opération que nous désirons rapporter à présent appartient à M. le professeur Auguste Pollosson. Comme les précédentes elle rentre dans la catégorie des opérations combinées pour un cas difficile. Mais, au lieu de s'adresser à la voie périnéale (paravaginale ou infrasympphysaire) ou à la voie suprasympphysaire, notre maître a recours à la voie abdominale transpéritonéale pour mobiliser les bords de la fistule.

Dans ce cas, l'opération était impossible par la voie basse et impossible aussi par la voie haute. Elle a été rendue possible par la voie vaginale grâce à une large mobilisation par laparotomie.

Cette intervention n'est pas identique à celles de Dittel ou de Forgue qui ont été en totalité abdominales.

Chez notre malade, la suture restait impossible après le décollement vésico-utérin. Et cela vient con-

firmer ce que nous avons écrit plus haut, à savoir que dans les cas à mobilisation suffisante toutes les interventions donnaient satisfaction alors que dans les cas difficiles il fallait plutôt avoir recours aux opérations combinées.

CHAPITRE III

L'OPÉRATION COMBINÉE ABDOMINO-VAGINALE ET SA COMPARAISON AVEC L'OPÉRATION TRANSPÉRITONÉALE PURE

Nous venons d'insister sur la nécessité des opérations combinées dans les cas de fistules adhérentes difficiles à abaisser. En pareille occurrence, le premier temps opératoire doit avoir pour but la mobilisation de la vessie ou de la fistule. Pour obtenir ce résultat, la voie à suivre est naturellement variable suivant le siège de la fistule et suivant le niveau plus ou moins élevé des adhérences fixatrices.

S'agit-il de fistules basses : au niveau des branches montantes de l'ischion et du bord inférieur de la symphyse, les tractus fibreux viendront prendre leur point d'appui. S'agit-il de fistules hautes : c'est dans les ligaments larges et sur les branches descendantes du pubis que se dirigera le processus cicatriciel.

Ayant affaire à une fistule haute non abaissable, M. le professeur Auguste Pollosson a cherché à libérer par voie abdominale les adhérences de la fistule.

Voici d'ailleurs l'observation :

OBSERVATION (inédite)

Service de M. le Professeur Aug. Pollosson. Clinique gynécologique.

X..., quarante-deux ans. A une fille de treize ans

et un enfant mort à quatorze mois. Il y a vingt mois, a été accouchée par les fers ; depuis cette époque, elle perd ses urines constamment.

Au toucher, on sent dans le cul-de-sac vaginal antérieur, au niveau du col, un orifice transversal large d'au moins 1 cm 1/2 par lequel le doigt pénètre facilement dans la vessie.

Opération le 18 juin 1906.

Sous anesthésie, on cherche d'abord à abaisser le col utérin avec des pinces érigées en saisissant la lèvre postérieure du col ; la lèvre antérieure est absente et on saisit l'utérus au point correspondant avec une pince à une seule griffe.

L'utérus ne descend pas ; avec une valve antérieure on ne peut arriver à voir la fistule ; la paroi vaginale antérieure est courte, dépourvue de souplesse ; l'utérus est fixé par des brides dans le ligament large gauche qu'on sent très nettement lorsqu'on tire sur lui.

Des incisions libératrices sur la vulve ne modifieraient guère le champ opératoire.

La libération de l'utérus par colpotomie antérieure craindrait de permettre d'abaisser l'utérus sans abaisser la fistule vésicale et on perdrait, par ce dégagement, la seule chance d'abaisser la vessie en abaissant l'utérus.

On décide alors une intervention abdominale. Après avoir discuté la possibilité d'une taille hypogastrique, on préfère la laparotomie. Après ouverture du ventre, on pratique l'incision du péritoine dans le cul-de-sac utéro-vésical. La dissection de la vessie d'avec l'utérus se fait assez difficilement. On arrive sur le vagin qu'on libère du muscle vésical sur un espace de deux travers

de doigt de chaque côté. Par là on arrive sur la fistule, dont on a dédoublé largement la lèvre supérieure. On cherche à libérer et à dédoubler la lèvre inférieure. On reconnaît que même après ce large avivement et cette mobilisation il serait impossible de terminer l'opération et de faire les sutures par en haut. Dès lors, on se décide à reprendre les sutures par voie basse et, pour faciliter la fin de l'intervention par cette dernière voie, on mobilise le plus possible avec le doigt la vessie et les bords de la fistule dans les zones de décollement; s'étant ainsi rendu compte qu'on a pu repousser les bords de l'orifice fistuleux d'au moins 2 centimètres, on referme la brèche péritonéale puis abdominale. Une petite mèche a été préalablement glissée dans l'espace utéro-vésical décollé. La malade est remise en position de la taille; après introduction d'une valve dans le vagin, on aperçoit nettement la fistule qui, alors est abaissable grâce à des tractions exercées sur une pince de Museux saisissant la lèvre antérieure et postérieure de la fistule. Cinq points de suture au catgut; ces sutures sont satisfaisantes comme force et sont placées en tissu souple et bien avivé. Il reste toutefois dans les angles des points assez mal rapprochés, mais l'avivement dépasse de beaucoup ces angles latéraux.

Suites opératoires. — On fait des cathétérismes toutes les quatre heures pendant le premier jour; le deuxième jour, on s'aperçoit que la malade continue à perdre très légèrement ses urines; on place une sonde à demeure. Pendant les sept à huit jours qui ont suivi, l'écoulement de l'urine par le vagin a persisté, tout en

étant peu abondant. Au neuvième jour, cet écoulement cesse pour ne plus reparaître.

Les suites opératoires ont été à peu près apyrétiques, il n'y a jamais eu de complications abdominales.

La malade a été revue à plusieurs reprises depuis, très contente d'être guérie tout à fait de son infirmité.

Les commentaires dont nous ferons suivre cette observation ont trait : 1° à la *difficulté* de l'opération abdominale pure ou opération de Dittel, dans l'exécution des sutures : puis la *nécessité de disséquer les uretères* pour faire un bon avivement sans crainte d'intéresser ces conduits. Nous verrons combien il est difficile d'isoler l'uretère par suite des hémorragies qui obscurcissent le champ opératoire. Nous indiquerons ensuite le moyen de tourner la difficulté proposé par M. le professeur Pollosson.

Mais, avant d'aller plus loin, nous croyons devoir, pour la compréhension des faits, rapporter les deux observations relatives à l'opération transpéritonéale pure : celle de Dittel et celle de Forgue. Il ne nous a pas été possible d'en relever un plus grand nombre.

OBSERVATION DE DITTEL

Voici quelques mots sur l'opération de Dittel. Nous n'avons pu nous procurer l'observation dans l'original, mais nous l'avons prise dans un travail allemand sur la question (Ringleb, thèse de Halle, 1902).

C'est surtout la technique telle qu'elle est donnée par l'auteur qui est intéressante :

Ouverture du ventre sur la ligne médiane dans la région sous-ombilicale. Les intestins sont garnis de compresses et repoussés vers le haut, puis l'utérus et la vessie sont séparés. L'utérus est saisi par son fond, tiré en haut et en arrière pendant qu'un aide repousse la vessie en avant. De cette façon, le cul-de-sac vésico-utérin est libéré sous le contrôle de l'œil et parfaitement accessible aux instruments.

Dans le fond de ce cul-de-sac on aperçoit, sur le péritoine qui unit l'utérus à la vessie, une bride assez forte. Cette bride sous-péritonéale est incisée et l'espace vésico-utérin décollé jusqu'à la lèvre antérieure du museau de tanche.

Cette libération présente des difficultés sur les portions latérales du col à cause de la sclérose cicatricielle des tissus.

Toutefois, on y réussit pleinement et sans grande hémorragie. Et c'est alors qu'on aperçoit une perte de substance de 4 centimètres de long sur 3 centimètres de large, intéressant à la fois la vessie et le vagin. Le vagin est saisi avec une pince sur sa lèvre inférieure. Puis, après avivement des bords de la fistule vésicale, on la ferme par quinze points de suture.

OBSERVATION DE FORGUE

Il s'agissait d'une femme de quarante-trois ans ayant eu des accouchements et dont les dernières couches remontaient à cinq mois. Cet accouchement avait été très laborieux : il avait nécessité une application de forceps difficile ; dès le lendemain, la malade s'aperçut qu'elle perdait toutes ses urines par le vagin et ne sentait plus le besoin de la miction. A son entrée à l'hôpital, nous constatons l'écoulement complet de l'urine par le vagin ; dans sa partie supérieure, ce canal est rétréci par des déformations cicatricielles et il est malaisé de découvrir au fond du vagin une fistule cer-

vicale profonde, très haut située, compliquée d'une destruction totale de la lèvre antérieure du col, si bien que seule la lèvre postérieure est reconnaissable sous la forme d'un moignon irrégulier. Toutes les tentatives d'abaissement utérin restent infructueuses et il est impossible de songer à rendre plus accessible la fistule, à l'aviver convenablement et à placer de bonnes sutures.

Prévoyant de grosses difficultés pour une intervention transvésicale, en raison de la cystite chronique dont est atteinte la malade et de la réduction de capacité qu'a subie la vessie, je décide alors à passer par le ventre et à me porter, grâce au dédoublement vésico-utérin et vésico-vaginal, manœuvre à laquelle l'hystérectomie abdominale nous a bien accoutumés, vers le lieu même de la fistule, pour en réaliser la suture au plein jour, sur son double plan, vésical et utéro-vaginal.

(Forgue donne ensuite les détails de sa technique, dont la compréhension est grandement facilitée par cinq figures représentant chacune un temps important de l'opération. Nous ne reproduirons pas ici cette technique et reprendrons l'observation un peu plus loin).

Jusqu'au quatrième jour, la situation fut excellente ; la sonde à demeure évacuait la totalité des urines ; les suites étaient d'une asepsie et d'une apyrexie parfaites. Le 17 décembre, au commencement du cinquième jour, la sonde fut supprimée ; en raison de la cystite préexistante et de la qualité ammoniacale des urines, elle s'était incrustée et la malade ne la tolérait plus.

Pendant trois jours, les 17, 18 et 19, la partie parut gagnée ; on sondait la malade toutes les trois heures et nulle issue d'urine ne se faisait par le vagin. Mais, à partir du 20 décembre, une filtration partielle de la fistule réouverte commença à s'établir, peu considérable, puisque nous voyons sur notre feuille d'observation que, pendant les journées du 31 décembre, du 1^{er} et du 2 janvier, la malade n'avait point mouillé son drap. A la date du 6 jan-

vier, elle avait encore uriné par le méat 1.200 grammes d'urine, c'est-à-dire la presque totalité ; mais à partir du 11 janvier les urines continuent à rester septiques et très sales ; malgré les injections intra-vésicales, la fistule se remit à donner plus abondamment, avec des variantes cependant ; ainsi, le 18 janvier, 1500 grammes d'urine avaient encore été évacués par la miction normale, l'issue par la fistule ayant à peu près cessé. Mais depuis, la réouverture partielle de la fistule s'est maintenue. Huit mois après l'opération, la situation est la suivante d'après les renseignements que nous fournit M. Boulet, son médecin : pendant la nuit, la malade se lève pour uriner, une à trois fois, mais en position couchée, sa vessie est absolument continente ; assise, elle retient complètement l'urine. « Si je restais constamment sur la chaise, dit-elle, je serais comme tout le monde », mais quand elle est debout, l'issue des urines par la fistule, quoique considérablement réduite, persiste.

Dans le cas de Forgue, il s'agissait d'une fistule vésico-utéro-vaginale dont la libération et l'avivement pouvaient s'exécuter dans une zone suffisamment éloignée des uretères pour ne pas craindre la blessure de ceux-ci.

A voir les belles figures annexées au travail du professeur de Montpellier, son intervention paraît facile. Dans notre cas, il n'en était pas ainsi : la lèvre supérieure de la fistule avivée se trouvait au fond d'un puits, pendant que la lèvre inférieure était à peine visible.

Remarquons que ces deux interventions transpéritonéales pures n'ont donné que des résultats partiels.

Arrivons maintenant aux inconvénients et aux dangers que constitue la présence des uretères lors de la dissection de la cloison vésico-utérine.

La présence de ces deux conduits a pour effet de limiter de chaque côté les zones de décollement. Lorsque, au cours du dédoublement utéro-vésical, on arrive sur la paroi vaginale antérieure, on se trouve au sommet d'un triangle dont la base est assez largement ouverte en haut, mais dont les zones importantes à disséquer et à aviver sont en bas; à ce niveau, on se sent constamment arrêté sur les à-côtés et l'on n'ose point quitter la musculature vaginale.

M. le professeur Auguste Pollosson faisait justement remarquer, à la suite de son opération, que la seule façon de libérer largement, méthodiquement une fistule vésico-vaginale par voie abdominale serait de disséquer préalablement les uretères.

A la faveur de cette dissection, on peut libérer plus facilement les adhérences qui traversent le ligament large; on peut suturer la vessie sans crainte d'intéresser les uretères et sans redouter l'addition d'une fistule urétérale à l'infirmité première.

Cette dissection des uretères est malheureusement très difficile, en avant, dans leur trajet de l'utérine à la vessie. On est gêné constamment par des hémorragies veineuses. Seule une *hystérectomie préalable* permet de bien disséquer les uretères. Et notre maître se propose d'intervenir de la sorte dès que l'occasion lui en sera fournie¹.

¹ Au moment de terminer ce travail, nous avons eu la bonne fortune d'assister à une nouvelle opération pour fistule et dans ce cas M. le professeur Auguste Pollosson a pu réaliser son idée.

L'hystérectomie préalable pourrait être considérée soit comme un moyen de mobilisation vésicale dans les fistules à fixation intraligamentaire, permettant d'achever l'intervention par le vagin, soit comme une voie d'abord suffisamment large pour attirer par en haut la fistule et la suturer par cette même voie.

En tout cas, il est intéressant de savoir que certaines fistules à fixation haute peuvent être traitées par voie abdomino-vaginale *avec ou sans hystérectomie associée*.

Dans le cas que nous rapportons, et qui a été suivi de succès, la mobilisation a pu se faire suffisamment bien sans dissection des uretères.

Ajoutons que la section des tissus cicatriciels permet de gagner 1 à 2 centimètres, ce qui est très important pour une opération itérative par voie basse.

Le complément par voie basse de l'intervention doit-il être fait immédiatement ou bien renvoyé à un des jours suivants, comme l'a fait Fritsch ? Nous croyons qu'en général il vaut mieux terminer en une seule séance. Quoi qu'il en soit, il ne faut pas laisser les processus cicatriciels se reformer. C'est ainsi que les fistules d'ordre chirurgical (hystérectomie), traitées d'assez bonne heure, n'offrent jamais les mêmes difficultés que les fistules post-obstétricales qui sont le plus souvent compliquées d'autres déchirures (vaginales, para-vaginales et para-utérines), laissant à leur suite des brides scléreuses.

La méthode que nous venons de rapporter mérite, d'autre part, d'être rapprochée, au point de vue des indications, des autres opérations combinées. Dans tous ces cas, ce que l'on cherche, c'est à utiliser la

voie vaginale pour pratiquer la suture rendue possible par la mobilisation de l'orifice fistuleux.

Cette mobilisation a été faite par voie para-vaginale (Schauta), par voie infra-symphysaire (Bumm), par voie supra-symphysaire (Fritsch), par voie abdominale transpéritonéale (Pollosson). Ces opérations répondent à des conditions différentes et relatives, soit au siège de la fistule, soit surtout aux zones d'adhérence des brides fixatrices. Celles-ci se dirigent-elles vers les parties basses du pelvis, c'est à la voie péritonéale qu'il faut avoir recours. S'agit-il de fixations hautes, on peut hésiter entre la voie suprasymphysaire et la voie transpéritonéale. Mais lorsque par l'examen et par les tractions sur l'utérus, on aura acquis la conviction que la fistule est fixée surtout par des processus scléreux intraligamentaires, la méthode de libération employée sera celle qui a été suivie par notre maître, M. le professeur Auguste Pollosson.

CONCLUSIONS

I. Les fistules vésico-vaginales présentent des formes cliniques et anatomo-pathologiques très variées qui souvent les rendent peu comparables entre elles.

II. Au point de vue opératoire, il y a :

α) Des cas *faciles*, c'est-à-dire susceptibles d'être traités et guéris aussi bien par voie vaginale que par voie transvésicale.

Nous avons suffisamment étudié les indications respectives de l'une et de l'autre voie.

β) Des cas *difficiles*, parce que la fistule n'est pas abaissable et pour lesquels la voie vaginale demeurant la voie de choix au point de vue de la suture, il convient au préalable de mobiliser la vessie et la fistule.

Nous réalisons ainsi ce que nous appelons une opération combinée.

III. Parmi les opérations combinées, l'intervention abdomino-vaginale nous paraît susceptible de donner de bons résultats dans les cas de fistules avec brides fixatrices intraligamentaires.

Le cas que nous rapportons est tout à fait démonstratif.

Dans d'autres cas, à fixations basses (symphyse pubienne, branche montante de l'ischion), on pourra recourir à la mobilisation par voie paravaginale, par voie infrasymphytaire ou par voie suprasymphytaire.

Vu :

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,
POLLOSSON (A.).

Vu :

LE DOYEN,
L. HUGOUNENQ.

Vu et permis d'imprimer :

Lyon, le 10 février 1909.

LE RECTEUR, PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ,
P. JOUBIN.

BIBLIOGRAPHIE

- DOUMERG (Fr.), *Contribution à l'étude du traitement des fistules vésico-vaginales, voie hypogastrique*, Montpellier, 1894-1895, n° 23.
- DUPLAY, Traitement des fistules vésico-vaginales par la suture intravésicale (*Académie de médecine*, 19 novembre 1896).
- DITTEL, *Wiener klin. Wochenschrift*.
- DUPIN, Thèse de Bordeaux, 1905-1906.
- FORGUE, De l'opération transpéritonéale dans le traitement des fistules vésico-vaginales (*Revue de Pozzi*, 1906).
- FRITSCH, *Centralblatt für Gyn.*
— *Handbuch der Gyn.*
- LAFOURCADE, Les fistules vésico-vaginales (*Archives provinciales de chirurgie*, juillet 1902).
- POUSSON, De la cystostomie préliminaire appliquée au traitement de certaines fistules vésico-vaginales et vésico-intestinales (*Archives provinciales de chirurgie*, décembre 1894).
- RAFIN, Fistule vésico-vaginale opérée par la voie transvésicale (*Lyon médical*, 213, 1903).
- ROCHET, Les principaux modes opératoires des diverses catégories de fistules vésico-vaginales.
— *Quelques données nouvelles de clinique et thérapeutique urinaires*, 1906.
- ROLLAND, Thèse de Lyon, 1905-1906, inspirée par le professeur Aug. Pollosson.
- SCHAUTA, *Monatsschrift für Gebb. und Gyn.*
- STÖCKEL, *Handbuch der Gyn.*
- THIERS, *Contribution à l'étude du traitement des fistules vésico-vaginales par la voie transvésicale* (thèse de Lyon, 1903-1904).
- TRENDELENBURG, Ueber Blasenscheidenfistel Operationen und Bauchhöhle (*Sammlung klin. Vorträge*, n° 355, 1890).

